

LEATRICE PIGOZZI HARO

Pauls PE
PE 445

**BIPARTIÇÃO DIGITAL COM TRANSPLANTE DE
LIGAMENTO COLATERAL: UMA NOVA TÉCNICA
CIRÚRGICA PARA O TRATAMENTO DA
MACRODACTILIA DA MÃO.**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no curso de graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1998

LEATRICE PIGOZZI HARO

**BIPARTIÇÃO DIGITAL COM TRANSPLANTE DE
LIGAMENTO COLATERAL: UMA NOVA TÉCNICA
CIRÚRGICA PARA O TRATAMENTO DA
MACRODACTILIA DA MÃO.**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no curso de graduação em
Medicina.

Coordenador do Curso: Dr. Edson José Cardoso

Orientadores: Dr. Maurício Pereima e Dr. Jayme Augusto Bertelli

FLORIANÓPOLIS

1998

Haro, Leatrice Pigozzi. Bipartição Digital com Transplante de Ligamento Colateral:
Uma Nova Técnica Cirúrgica para o Tratamento da Macroductilia da Mão.
Florianópolis, 1998.
p. 31

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão
no Curso de Graduação em Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Macroductilia 2. Gigantismo dos dedos 3. Congenital malformation

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo imenso apoio, amor e compreensão a mim dispensados em todos esses anos. Por terem me ensinado o valor do estudo e proporcionado a oportunidade de cursar a faculdade.

Ao Dr. Jayme Augusto Bertelli, por me ter permitido participar de seus estudos médicos, bem como pela disposição e paciência ao orientar-me neste trabalho. Somente sua dedicação à Medicina tornou possível a realização da operação aqui descrita.

Ao Dr. Maurício Pereima, pela confiança e atenção que me distinguiu e cuja orientação me foi de grande valia.

À Dra. Daniela Salvador Alves e ao doutorando Eduardo Arnaut dos Santos Lima, pela colaboração na formatação do trabalho.

À doutoranda Janaina Motta Cardoso, pelo companheirismo e incentivo.

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	1
2 - OBJETIVO	5
3 - RELATO DE CASO.....	6
4 - DISCUSSÃO	17
5 - REFERÊNCIAS.....	23
NORMAS ADOTADAS	25
RESUMO	26
SUMMARY	27

1 – INTRODUÇÃO

Macroductilia é o termo utilizado para o crescimento desproporcional de um ou mais dedos das mãos ou pés. Inicialmente descrita por von Klein em 1824¹, trata-se de uma das malformações congênitas mais raras que acometem as extremidades dos membros^{1,2}, sendo reportada em 0,9% dentre 1476 casos de malformações das mãos³. Esta condição pode estar presente já no nascimento ou manifestar-se durante a infância.

A macroductilia é mais freqüentemente encontrada nas mãos que nos pés⁴ e parece ter pior prognóstico na primeira situação⁵. Semelhanças entre as duas condições são encontradas quanto à aparência clínica, aos dedos afetados, à multiplicidade do acometimento digital e distribuição entre os sexos. Diferenças são observadas em relação ao padrão de crescimento, extensão do acometimento ósseo e presença de envolvimento neural⁶. O acúmulo de tecido adiposo é comumente encontrado em ambos, sendo que nos pés, a degeneração lipomatosa é mais significativa que a hipertrofia óssea local e os nervos parecem sempre normais³. Nas mãos, por outro lado, a infiltração gordurosa envolve o nervo digital e seus ramos. Devido a essas variações, foi sugerido que a macroductilia que acomete as mãos seja uma entidade distinta da que afeta os pés, porém ainda não há consenso quanto à questão^{6,3}.

São descritas várias formas de macroductilia, isolada (macroductilia verdadeira) ou associadas a síndromes de malformações congênitas^{7,8,3,1,9,2,10,11}, como a síndrome de Proteus,

síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber e doença de von Recklinghausen. A macrodactilia verdadeira não está relacionada com alterações sistêmicas. O diagnóstico diferencial se faz necessário para a determinação do tratamento e prognóstico do caso.

É referido na literatura que o hamartoma lipofibromatoso do nervo mediano e seus ramos, apesar de incomum, é a lesão mais freqüentemente associada com a hipertrofia digital do membro superior¹². A infiltração gordurosa da região palmar é considerada muito sugestiva dessa condição. Uma relação causal entre o hamartoma do nervo e o aumento dos tecidos moles em seu território ainda não foi encontrada, parece ser uma doença regional relacionada com fatores desconhecidos do crescimento e outras anomalias congênitas podem ainda estar associadas no mesmo território¹². A sindactilia ocorre em cerca de 10% dos casos de macrodactilia² e o crescimento assimétrico pode cursar com clinodactilia em alguns casos⁴.

Na macrodactilia verdadeira, todas as estruturas se encontram aumentadas, incluindo falanges, tendões, nervos, vasos sangüíneos, unhas e pele; entretanto o metacarpo raramente é afetado^{4,13}. As falanges estão aumentadas tanto no sentido transversal como longitudinal. Caracteristicamente, há um aumento do tecido celular subcutâneo, com quantidade variável de tecido fibrótico, sendo que os nervos, muitas vezes estão infiltrados pela gordura a ponto de não ser possível separá-la grosseiramente do tecido neural. De acordo com a evolução clínica, foram descritas duas formas de macrodactilia verdadeira^{14,4,3,2,15}.

- 1- Macrodactilia congênita simples: também denominada forma estática, consiste no aumento do dedo afetado, visto já na ocasião do nascimento, que cresce proporcionalmente aos demais. Aparece em 10% dos casos de macrodactilia congênita isolada¹⁴.
- 2- Macrodistrofia lipomatosa progressiva: o dedo pode ou não estar aumentado no nascimento, mas apresenta uma velocidade de crescimento muito superior aos outros dedos e usualmente, evolui com desvio angular³. Esta última é mais comum que a estática².

Há também uma variedade denominada macrodactilia hiperostótica, que se manifesta mais tarde que a forma clássica e apresenta acentuados depósitos osteocartilaginosos periarticulares¹⁶.

Em relação à incidência, o sexo masculino é discretamente mais acometido que o feminino^{4,2}. A macrodactilia é mais freqüente em caucasianos, especialmente das mãos, enquanto em negros é mais comum a macrodactilia dos pés¹⁷. Cerca de 95% dos casos ocorrem unilateralmente e as mãos direita e esquerda parecem ser igualmente acometidas. Múltiplos dedos são acometidos mais freqüentemente que um único dedo; sendo que o II quirodáctilo é o mais comumente afetado e o III, I, IV e V são acometidos respectivamente em ordem decrescente. Se o dedo aumentado está na face radial da mão, freqüentemente apresenta desvio ulnar pois o lado convexo do dedo cresce mais rapidamente. Por outro lado, quando o V quirodáctilo for o afetado, o desvio é radial. Se dois dedos são acometidos, tendem a desviar-se de maneira oposta. O crescimento dos dedos geralmente cessa quando ocorre o fechamento das epífises. Habitualmente a sensibilidade está preservada².

A etiologia permanece obscura; embora existam relatos de casos de macrodactilia com história familiar positiva³, esta condição não

parece ser hereditária e estudos cromossômicos feitos em alguns casos não mostraram anomalias. Mecanismos humorais, aporte sanguíneo e nervoso anormais são sugeridos para justificar o aumento localizado dos tecidos². Alguns autores acreditam que a macrodactilia ocorre durante o desenvolvimento fetal, por alteração em algum fator limitante do crescimento, porém este fator ainda não foi identificado⁴. Microscopicamente, uma característica comum a todos os casos é a proliferação do tecido adiposo e espessamento dos nervos periféricos².

O tratamento da macrodactilia é sempre cirúrgico. A estética da condição pode trazer sérios prejuízos psico-sociais ao indivíduo o que, por si só, já justificaria a intervenção cirúrgica. Além disso, há perda funcional em muitos casos, tanto do dedo afetado como dos demais, em casos de desvios. A técnica deve ser individualizada para cada paciente, levando-se em conta a forma de macrodactilia e o grau de acometimento. Infelizmente, as técnicas cirúrgicas até o momento propostas não proporcionam resultado funcional e cosmético satisfatório^{4,3,5}. A mobilidade articular geralmente é perdida e o dedo macrodactílico permanece deformado. Conseqüentemente, os pacientes continuam desintegrados socialmente.

2 – OBJETIVO

Relatar um caso de macrodactilia e descrever uma nova técnica cirúrgica para o tratamento desta condição.

3 - RELATO DE CASO

Menina de 8 anos de idade, apresentando aumento do III e IV quirodáctilos da mão direita. Os dedos já eram aumentados desde o nascimento e cresciam proporcionalmente. Os pés não foram acometidos. Não havia história familiar positiva nem outras malformações congênitas.

Ao exame físico, foi observado um aumento acentuado do III quirodáctilo e moderado do IV (Fig.1). Clinodactilia foi constatada em ambos, predominantemente no III quirodáctilo (Fig.2). Apenas os dois dedos estavam afetados. Todas as articulações apresentavam mobilidade completa. Na discriminação sensitiva de dois pontos estáticos, nas polpas do III e IV quirodáctilos, havia 4mm; indicando que a sensibilidade estava mantida. No exame radiográfico, foi observado aumento das partes moles e das falanges.

Foi feito então, o diagnóstico de macrodactilia congênita simples e indicado tratamento cirúrgico.

A operação foi realizada no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), em regime ambulatorial, sob anestesia geral. Foi efetuada a hemi-incisão em zig-zag de Bruner, na face palmar e dorsal do dedo afetado. A seguir, uma dissecação em bloco, que incluiu ressecção longitudinal do terço ósseo e superfície articular (Fig.3). A ponta do dedo e, particularmente, a unha também foram removidas, diminuindo o dedo transversalmente (Fig.4). O defeito na polpa digital foi resolvido com um retalho local.

O ligamento colateral da articulação interfalangeana proximal foi retirado da porção removida do dedo e, anatomicamente, reinserido através de perfurações na articulação interfalangeana proximal. A diminuição transversa foi melhor obtida pela ressecção da articulação interfalangeana distal, seguida de artrodese. Os tendões extensor e flexor foram reaproximados e a pele fechada.

O pós-operatório imediato não apresentou intercorrências e a paciente obteve alta logo após a recuperação anestésica.

Seis meses depois, a paciente foi reoperada e, através de uma hemi-incisão de Bruner na face contralateral do dedo, foi realizada a ressecção de tecido adiposo, com remoção também de pele.

Dois anos depois, o aspecto do dedo estava visivelmente melhorado (Fig.5). Havia plena mobilidade e estabilidade da articulação interfalangeana proximal (Fig.6). Na discriminação sensitiva de dois pontos estáticos, nas polpas do III e IV quirodáctilos, mantinham-se os 4mm, encontrados anteriormente à operação, indicando sensibilidade normal. Foi observado cerca de 20° de clinodactilia na falange distal e osteotomia corretiva foi proposta (Fig.7). No entanto, a paciente e sua família estavam satisfeitos com o resultado e recusaram nova cirurgia. O tratamento foi considerado efetivo (Fig.8, A e B).



Figura 1: aspecto dorsal da mão com macrodactilia. Note a desproporção dos dedos, acentuada no III quirodáctilo e moderada no IV.



Figura 2: aspecto palmar da mão com macrodactilia. Note que a lesão é limitada aos dedos. Clinodactilia é vista nos dois quirodáctilos afetados (III e IV).

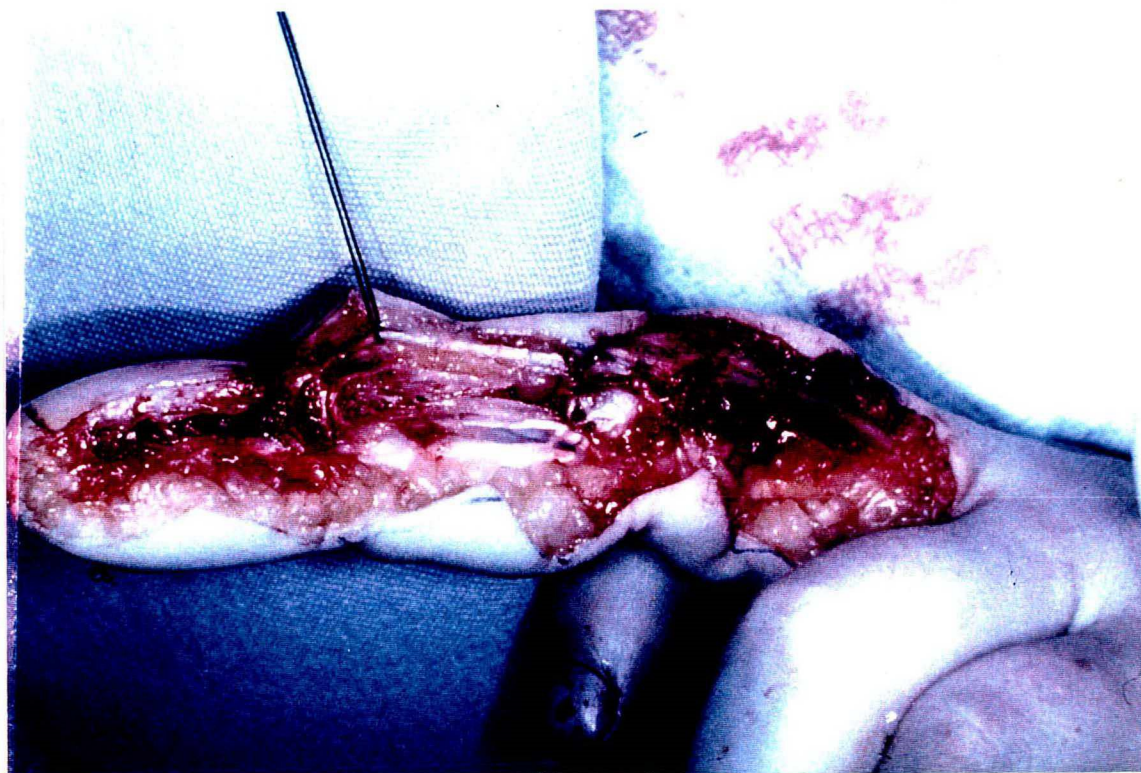


Figura 3: Aspecto transoperatório. Dissecção em bloco, com ressecção longitudinal do terço ósseo e superfície articular. Note que a ponta do dedo, inclusive a unha, também foi removida para se obter diminuição transversal do dedo.

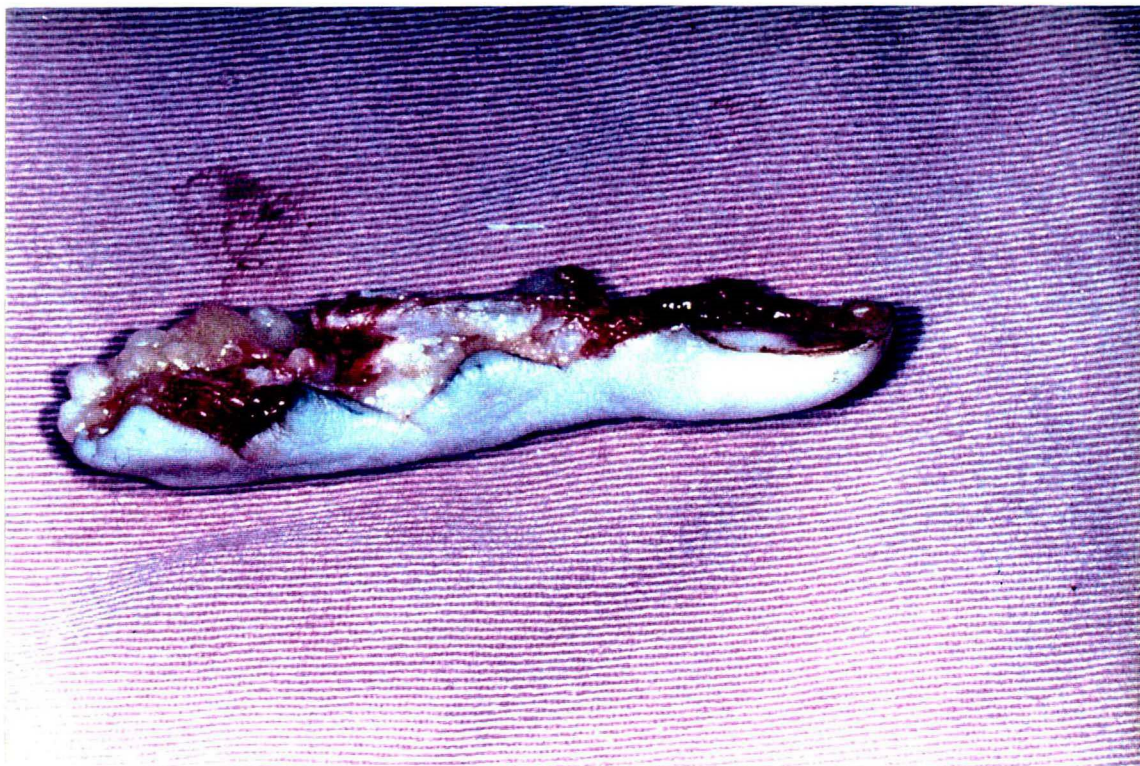


Figura 4: Aspecto transoperatório. Visão da peça cirúrgica ressecada.



Figura 5: Aspecto dorsal da mão após 2 anos da operação. Note que a estética do dedo é satisfatória, particularmente da unha.



Figura 6: Aspecto da mão fechada, após 2 anos da operação, mostrando bom resultado funcional em relação à mobilidade e estabilidade articular.



Figura 7: Visão palmar da mão após 2 anos da operação.



(A)



(B)

Figura 8: Visão bilateral das mãos após 2 anos da operação. (A) Visão dorsal. (B) Visão palmar. Observe, comparativamente, que os dedos macrodactílicos tratados apresentam ótimo aspecto estético e que o tamanho está proporcionalmente satisfatório.

4 - DISCUSSÃO

Macroductilia é uma malformação congênita de difícil manejo, especialmente quando as mãos são afetadas, uma vez que a exigência funcional e estética é maior que nos pés e que, quando ocorre nas mãos, parece ter um pior prognóstico⁵.

Segundo a literatura pesquisada, o II quirodáctilo é o mais comumente afetado e o III, I, IV e V são acometidos respectivamente em ordem decrescente². Nossa paciente apresentava o III e o IV quirodáctilos macroductílicos. Há também relato de que múltiplos dedos são acometidos cerca de duas a três vezes mais que um único dedo², coincidindo com o encontrado neste caso relatado. Embora a combinação normalmente vista seja do II quirodáctilo com o I ou com o III, nossa paciente apresentava a combinação do III com o IV quirodáctilo, uma condição bem menos comum.

Quanto ao tratamento da macroductilia, é sempre cirúrgico e deve ser feito precocemente, no intuito de se evitar deformidades ósteo-articulares definitivas. Muitas vezes, o dedo já se encontra funcionalmente comprometido pelas dimensões aumentadas, desvios e espessamento com rigidez articular. Nestes casos, particularmente em adultos, onde as deformidades já estão estabelecidas, a conduta costuma incluir procedimentos de encurtamento digital e ressecção do tecido adiposo, sendo que o único tratamento adotado nestes casos pode ser a amputação⁴. A paciente relatada neste trabalho foi

operada aos 8 anos de idade e, embora o procedimento pudesse ter sido realizado anteriormente, ainda não havia lesões definitivas.

Várias técnicas cirúrgicas foram sugeridas até o momento para tratar a macrodactilia, porém ainda com muitas limitações^{4,3,5,15}. A literatura refere que a redução do diâmetro dos dedos acometidos é geralmente o procedimento mais desejado. É realizado em duas etapas, uma para cada metade da circunferência do dedo, sendo que a face convexa deve ser reduzida na primeira. A incisão utilizada é longitudinal, seguida de dissecação do feixe vasculo-nervoso e remoção do tecido adiposo. O excesso de pele é também retirado, porém com critério; pois uma das complicações mais freqüentes é justamente a necrose cutânea, pela diminuição do aporte sangüíneo, que pode ser agravado pela tensão em área de sutura; levando até a amputação por necrose⁵. As falanges podem ser diminuídas no adulto e na criança maior, ressecando-se um quarto de cada lado, durante o processo de remoção do tecido adiposo. O espessamento do periósteo também é removido. Deve-se cauterizar osso e vasos sangüíneos, bem como utilizar dreno no pós-operatório para que se evite a formação de hematomas, que comprometeriam o aporte sangüíneo para pele.

Desde que se tem associado, de maneira consistente, uma patologia nervosa periférica e o crescimento desproporcional da macrodactilia, sugeriu-se que os ramos do nervo principal do dedo acometido deveriam ser ressecados em seu tronco. Foi proposto inclusive a excisão do próprio nervo hipertrófico para se controlar efetivamente o crescimento do dedo aumentado. O déficit neurológico parece ser mínimo em crianças e o procedimento pode

ser realizado durante a remoção do tecido adiposo descrita anteriormente.

Outro procedimento proposto para o tratamento da macrodactilia é a epifisiodesse, a qual pode ser obtida através de várias técnicas, como perfuração dos discos epifisários, grampeamento ou até ressecção das epífises. Algumas vezes, faz-se necessária a fixação da articulação por instabilidade. Apesar do risco de comprometimento da mobilidade articular, a ressecção dos discos epifisários parece ser uma alternativa eficaz para evitar o aumento da macrodactilia em crianças e adolescentes^{4,13,3,15}. É importante salientar que a epifisiodesse cessa apenas o crescimento longitudinal, sendo que o dedo continua aumentando em diâmetro. Assim, este método como tratamento precoce tem um resultado incerto. Isso porque o crescimento ósseo é tanto membranoso como endocondral e a hipertrofia pode continuar mesmo após ressecção epifisária. Além disso, o aumento digital envolve todos os tecidos (ossos, tendões, vasos sangüíneos, nervos, pele, unha) e a parada do crescimento ósseo não implica, necessariamente em controle da condição.

Ainda em relação às opções terapêuticas oferecidas até o momento, foram descritas três técnicas para se obter o encurtamento do dedo afetado. A primeira é a amputação da falange distal; um procedimento simples, porém com pequeno resultado cosmético, uma vez que há perda da unha. É indicada quando o dedo é esteticamente grosseiro, rígido, anestésico, ou quando inibe funcionalmente o resto da mão. Na segunda técnica há também remoção da falange distal, mas com reconstrução dos tecidos moles e da unha na falange média. Esta última foi modificada, deixando-se a porção distal da falange distal para preservar o aporte sangüíneo

da região. Na terceira técnica, a porção dorsal da falange distal, inclusive com a unha, é transferida para o dorso da porção distal da falange média depois de removidos os tecidos moles e a maior parte da falange distal. Este método é mais utilizado em macrodactilia dos pés e tem como desvantagem um aporte sanguíneo deficiente para o retalho dorsal. O leito e a matriz ungueal podem ser elevados como retalho em ilha. A falange distal é então removida e o tendão extensor é suturado ao flexor profundo. Foi sugerido também que um método simples de encurtamento do dedo seria a excisão da ponta e redução da unha, podendo, se necessário, fazer a excisão da articulação metacarpo-falangeana e remoção da cabeça do metacarpo.

Quando ocorre desvio lateral do dedo, é proposta remoção dos pontos de maior angulação; uma técnica chamada osteotomia angular. Geralmente é realizada na metáfise distal das falanges média e proximal ou na metáfise proximal da falange medial. A osteotomia pode ser combinada com a epifisiodesse, principalmente em crianças, pois em adultos pode haver importante redução da mobilidade articular. A osteotomia é indicada também para corrigir a clinodactilia³.

Geralmente, a escolha da técnica varia de acordo com o tipo de apresentação, extensão e severidade da malformação; uma vez que todas apresentam vantagens e desvantagens importantes. Por isso a dificuldade de se propor um esquema terapêutico. Há casos de macrodactilia que não respondem aos procedimentos cirúrgicos supracitados, e mesmo a amputação digital pode não cessar o aumento do tecido adiposo próximo ao sítio da amputação². Assim, há diversos fatores que devem ser avaliados em relação às técnicas

cirúrgicas, como mobilidade e estabilidade articular proporcionada no seguimento pós-operatório; se a sensibilidade é preservada, se o resultado estético é satisfatório, a dificuldade técnica do procedimento e o índice de complicações.

Analizando a técnica proposta neste trabalho, tem-se que esta proporciona um ótimo resultado estético, uma vez que, ressecando em bloco, todos os tecidos aumentados, diminui o dedo afetado de forma proporcional. Este fato não se repete com as outras técnicas que visam diminuir o diâmetro digital, pois não atingindo a articulação, acabam por mantê-la alargada. Importante salientar que a estabilidade articular danificada pela retirada de, aproximadamente, $1/3$ de sua superfície, pode ser recuperada através de transplante do ligamento colateral. Neste caso, retirado da porção removida do dedo e, anatomicamente, reinserido através de perfurações na articulação interfalangeana proximal. Outro aspecto positivo da ressecção em bloco é que inclui a remoção de nervos que, segundo a literatura, pode limitar a recorrência do crescimento digital, sem implicar em perda da sensibilidade. É válido salientar que a paciente, cujo caso está sendo apresentado aqui, não apresentava déficit de sensibilidade, o que permaneceu inalterado no seguimento pós-operatório, uma vez que foi utilizado retalho para reconstruir a ponta do dedo. Diferente de outras técnicas, esta pode ser utilizada também em casos de macrodactilia severa e, comparativamente, o método aqui proposto não apresenta maiores dificuldades técnicas que os demais já existentes; fato que deve ser considerado, uma vez que é diretamente proporcional ao resultado cirúrgico. Em relação às complicações, não é possível avaliar com

este trabalho, pois se trata de um procedimento novo, que foi aplicado apenas nesta paciente.

5 - REFERÊNCIAS

1. Klein W, Germann G, Bosse A, Müller KM, Steinau HU. Clinical aspects, morphology and therapy of an unusual case of bilateral macrodactyly. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 1993; 25(1):12-9.
2. Wood VE. Macrodactyly. In: Green DP, ed. *Operative hand surgery*. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 1993.
3. Minguella J, Cusi V. Macrodactyly of the hands and feet. *Int Orthop* 1992; 16(3):245-9.
4. Cavaliere RG, McElgun TM. Macrodactyly and Hemihypertrophy: A New Surgical Procedure. *J Foot Surg* 1988; 27(3):226-35.
5. Kostakoglu N, Kayikcioglu A, Safak T, Ozcan G, Kecik A, Gursu G. Macrodactyly: report of eight cases of a rare anomaly. *Turk J Pediatr* 1996; 38(1):73-9.
6. Kalen V, Burwell DS, Omer GE. Macrodactyly of the hands and feet. *J Pediatr Orthop* 1988; 8(3):311-5.
7. McGrory BJ, Amadio PC, Dobyns JH, Stickler GB, Unni KK. Anomalies of the fingers and toes associated with Klippel-Trenaunay syndrome. *J Bone Joint Surg [Am]* 1991; 73(10):1537-46.
8. Barmakian JT, Posner MA, Silver L, Lehman W, Vine DT. Proteus syndrome. *J Hand Surg [Am]* 1992; 17(1):32-4.

9. Vaughn RY, Selinger AD, Howell CG, Parrish RA, Edgerton MT. Proteus syndrome: diagnosis and surgical management. *J Pediatr Surg* 1993; 28(1):5-10.
10. Smilov J, Korzinek K, Anticevi D. The Klippel-Trenaunay syndrome. *Lijec Vjesn* 1996; 118(1-2):20-3.
11. Reize P, Schönthaler M, Sell S. Proteus syndrome: a case report. *Orthop Ihre Grenzgeb* 1997; 135(2):174-8.
12. Salon A, Guero S, Glicenstein J. Fibrolipoma of the median nerve. Review of 10 surgically treated cases with a mean recall of 8 years. *Ann Chir Main Memb Super* 1995; 14(6):284-95.
13. Meng QZ. Treatment of macrodactyly with epiphyseal plate excision in growth retardation. *Chung Hua Cheng Hsing Shao Shang Wai Ko Tsa Chih* 1989; 5(2):83-4.
14. Pearn J, Bloch CE, Nelson MM. Macrodactyly simplex congenita. A case series and considerations of differential diagnosis and aetiology. *Afr Med J* 1986; 70(12):755-8.
15. Chen SH, Huang SC, Wang JH, Wu CT. Macrodactyly of the feet and hands. *J Formos Med Assoc* Nov 1997; 96(11):901-7.
16. Schuind F, Merle M, Dap F, Bour C, Michon J. Hyperostotic macrodactyly. *J Hand Surg [Am]* 1988; 13(4):544-8.
17. Ofodile FA. Macrodactyly in blacks. *J Hand Surg [Am]* 1982; 7(6):566-8.

NORMAS ADOTADAS

As normas para a digitação do trabalho seguem a resolução nº 001/97 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

As referências bibliográficas seguem o Estilo de Vancouver, conforme a 5ª edição dos “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, com algumas adaptações.

RESUMO

Descrita em 1824 por von Klein, macrodactilia é uma das malformações congênitas mais raras dentre as que acometem as mãos. É caracterizada por aumento de todas as estruturas digitais e pode ser diagnosticada já no momento do nascimento ou durante a infância. O tratamento é sempre cirúrgico, sendo dificultado pela alta recorrência e pobre resultado funcional e estético. Várias técnicas cirúrgicas foram propostas, mas ainda com limitações importantes. Este trabalho apresenta uma nova técnica cirúrgica, que consiste em ressecção hemidigital, longitudinal e transversal em bloco com transplante de ligamento colateral para a articulação interfalangeana proximal. É relatado um caso de macrodactilia em uma paciente de 8 anos de idade, onde esta técnica foi realizada e o seguimento pós-operatório de 2 anos mostrou um ótimo resultado.

SUMMARY

Described in 1824, by von Klein, macrodactyly is one of the rarest congenital anomalies on the hands. It is characterized by the overgrowth of all digital structures and can be diagnosed at birth or during the childhood. Surgical intervention is always indicated to treat macrodactyly, but it is, most of the times, inefficient due to poor results and recurrences. Few procedures have been proposed, but none of them gives ideal functional and cosmetic results. This article presents a new surgical approach, consisting of hemidigital, longitudinal and transverse in-block resection with collateral ligament transplantation to the proximal interphalangeal joint. This method was performed in an 8 year-old girl whose case is hereby reported. The 2 year follow-up showed a satisfactory result.

TCC
UFSC
PE
0445

N.Cham. TCC UFSC PE 0445

Autor: Haro, Leatrice Pig

Título: Bipartição digital com transplan



972805372

Ac. 254040

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM